

新型コロナウイルス感染症に伴う長期運転資金借入申込書

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

- 私は「主な説明事項」及び「福祉医療貸付事業にかかる顧客情報の取扱いについて」の内容を承認し、法人にあっては借入に必要な内部手続きをしたうえで、次のとおり借入申込をします。
- この資金については、現に開設している「施設の情報」欄に記載した施設（事業）を今後も継続的かつ安定的に運営するための長期運転資金に充当することとします。

お客様の情報 ※住所等は、印鑑証明書記載のとおりご記入ください										
(ふりがな) 氏名/法人名		(ふりがな) 実印								
生年(設立年)月日		年		月		日		(歳)		※法人は設立登記日を記載
法人のみ記載	(ふりがな) 法人代表者氏名	(ふりがな)		法人代表者 生年月日		年		月		日
(ふりがな) 住所/所在地		(ふりがな) —								
電話番号		(営業時間内)								
		(土日等)								
※現在、お申込が多数寄せられており、営業時間外や土日にもご連絡させていただく場合があります。ご連絡可能なお電話番号をご記入ください										
新型コロナウイルス感染症に伴う長期運転資金の利用状況 (該当する項目に☑してください)						<input type="checkbox"/>		今次施設で借入有		
						<input type="checkbox"/>		別の施設で借入有		
事務担当者 ※役員または従業員に限りです										
☐上記「お客様の情報」に同じ ※上記と異なる場合は次の欄に記入										
氏名(ふりがな)		()		電話番号						
書類の送付先										
※本人確認の観点から、次のいずれかの送付先に契約書類をお送りしますので、☐にチェックをつけてください。指定がない場合は、上記お客様の住所/所在地にお送りします。										
☐上記お客様の住所/所在地					☐下記施設の住所					
施設の情報 ※複数施設の場合施設ごとに借入申込書を作成してください										
施設の住所		〒 —						※1施設/事業のみ記入してください		
施設の名称										
施設の種類		<input type="checkbox"/> 病院		<input type="checkbox"/> 有床診療所(一般)		<input type="checkbox"/> 無床診療所(一般)				
※☐にチェックをつけてください。		<input type="checkbox"/> 歯科診療所		<input type="checkbox"/> 介護医療院		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設				
		<input type="checkbox"/> 助産所		<input type="checkbox"/> 指定訪問看護事業所		<input type="checkbox"/> 医療従事者養成施設				
借入申込内容										
借入申込金額		万円		資金使途		運転資金		診療報酬債権等月額		
担保		<input type="checkbox"/> 無担保 <input type="checkbox"/> 不動産担保		<input type="checkbox"/> 診療(介護)報酬債権担保				円		
償還期間		年 月		※最長15年です。本制度では繰上償還の弁済補償金(違約金)なく繰上償還いただけます。						
うち据置期間		年 月		※元金支払の猶予期間です。最短でも6月以上の期間が必要です						
保証		☐保証人不要制度 ※保証人に代えて貸付利率に0.15%を上乗せ								
		☐個人の連帯保証1名 ※「連帯保証人承諾書」を提出してください								
		※1 保証人様に意思確認のご連絡をする場合があります ※2 経営や施設の業務に関与されていない第三者の保証人を立てる場合には、公証人役場での手続きが必要になり、通常の申込より1~2か月程度お時間をいただく場合があります								
機構使用欄		顧客番号		受理番号						

借入申込額算出用別紙（病院・診療所用）

提出書類 1-2(1)

減収額・減収割合の計算について

	(A) 令和()年度の 医業(事業)収益	(B) ()年度の 医業(事業)収益	(C) 減収額 (B - A)	(D) 減収割合 (C ÷ B)※切捨
単月()月)	円	円	円	%

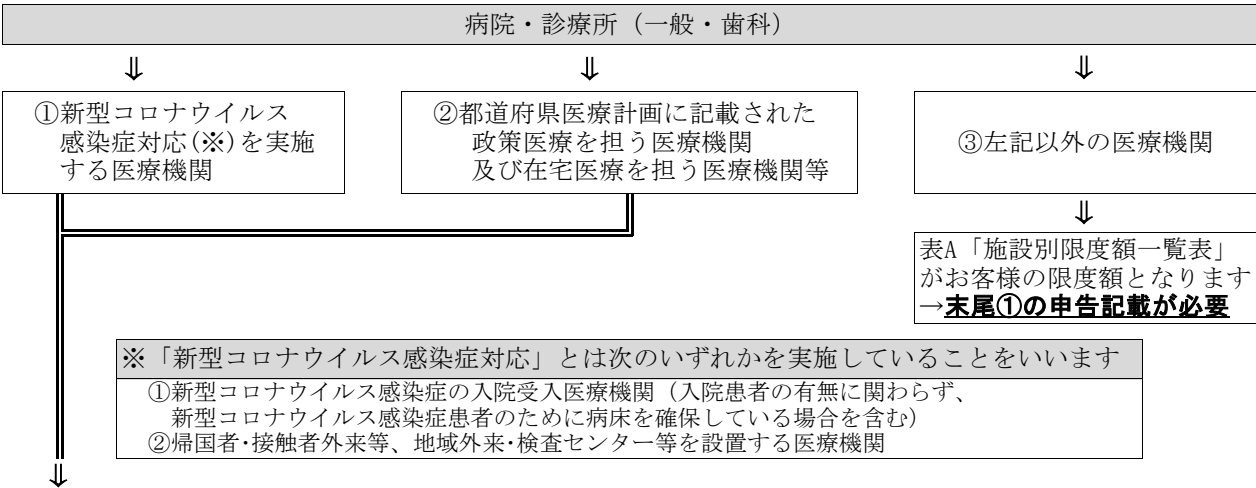
- (注1) 上記の表に、当該施設における患者数及び収益について、新型コロナウイルス感染症の影響を最も大きく受けた月の実績をご記入ください。
- (A) 欄：新型コロナウイルス感染症の影響を受けた後の実績
- (B) 欄：(A) 欄の前年同月で新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の実績
- なお、前年同月も新型コロナウイルス感染症の影響を受けている場合は前々年同月の実績をご記入ください。
- (注2) 医業（事業）収益の額(AとB)が確認できる**合計残高試算表**を添付してください。
- (注3) 最も減収額が多い月以外で減収割合が高くなる（30%以上）場合や、新規開業又は病床数・機能等の変更により単純比較できない場合には別途ご相談ください。

病院又は診療所の融資条件

表A「施設別限度額一覧表」

施設・事業一覧		貸付限度額	無担保額	無利子額
(D) が30%以上	病院	10億円	6億円	2億円
	診療所(一般・歯科)	5,000万円	5,000万円	5,000万円
上記以外	病院	7億2,000万円	3億円	1億円
	診療所(一般・歯科)	4,000万円	4,000万円	4,000万円

次の要件に該当する場合には、貸付限度額、無担保額、無利子額の拡充対象となる可能性があります



貸付限度額・無担保額・無利子額の計算

	(E) 病院又は診療所の 貸付限度額	(F) ①のコロナ対応 を行う医療機関	(G) ②の政策医療を 担う医療機関	お客様の限度額 ※百万円未満切捨
貸付限度額	(E1) 表Aの限度額	(F1) C×12月	(G1) C×12月	最高額 ⇒ (J) E1～G1の最高額
	円	円	円	
無担保額	(E2) 表Aの限度額	(F2) C×6月	(G2) C×3月	最高額 ⇒ (K) E2～G2の最高額
	円	円	円	
無利子額	(E3) 表Aの限度額	(F3) C×2月	(G3) C×1月	最高額 ⇒ (L) E3～G3の最高額
	円	円	円	

注意事項	① (L)の金額を上限に当初5年間まで無利子。(L)の金額を超える部分及び6年目以降は有利子となります
	② 借入申込金額が(K)の金額を超える場合には、不動産、診療(介護)報酬債権等の担保提供が必要となります

次の事項に該当する場合には、チェックをお願いします。②はF列の金額、③はG列の金額を使用する場合のみ記載

- ☐ ①上記(A)から(D)欄に記載した金額は資料に裏付けされた正しい数字であることを申告します
- ☐ ②（該當時のみ記載）上記の新型コロナウイルス感染症対応を実施している医療機関であることを申告します
- ☐ ③（該當時のみ記載）都道府県医療計画に記載された政策医療を担う医療機関であることを申告します

借入申込額算出用別紙

提出書類 1-2(2)

(介護老人保健施設・介護医療院・助産所・医療従事者養成施設・指定訪問看護事業 用)

通常の融資条件はこちら

表A「施設・事業別限度額一覧表」

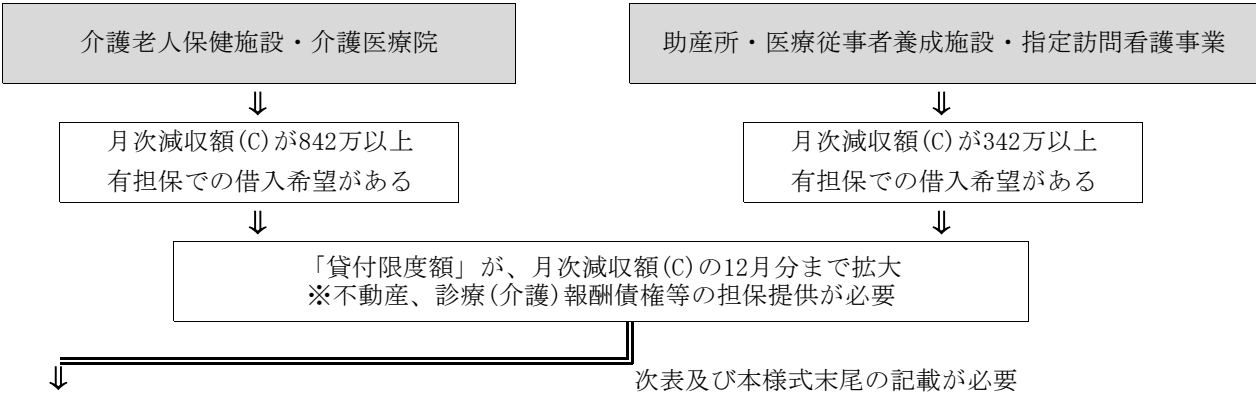
施設・事業一覧	貸付限度額	無担保額	無利子額
介護老人保健施設・介護医療院	1億円	1億円	1億円
助産所・指定訪問看護事業・ 医療従事者養成施設	4,000万円	4,000万円	4,000万円

月次減収額の計算について

(A) 令和 年 月 ※医業(事業)収益	(B) 年 月 ※医業(事業)収益	(C) 月次減収額 (B - A)	(注1) 上記の表に、当該施設における患者数及び収益について、新型コロナウイルス感染症の影響を最も大きく受けた月の実績をご記入ください。 (A) 欄：新型コロナウイルス感染症の影響を受けた後の実績 (B) 欄：(A) 欄の前年同月で新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の実績 なお、前年同月も新型コロナウイルス感染症の影響を受けている場合は前々年同月の実績をご記入ください。
円	円	円	

(注2) 医業(事業) 収益の額(AとB)が確認できる合計残高試算表を添付してください。
(注3) 新規開業又は病床数・機能等の変更により単純比較できない場合には別途ご相談ください。

次の要件に該当する場合には、貸付限度額の拡充対象となる可能性があります



貸付限度額・無担保額・無利子額の計算

	(E) 対象施設の貸付限度額	(F) 月次減収額の12月分		お客様の限度額 ※百万円未満切捨
貸付限度額	(E1) 表Aの限度額	(F) C×12月	最高額 ⇒	(J) E1, Fの最高額
	円	円		円
無担保額	(E2) 表Aの限度額	⇒	⇒	(K) E2の額
	円			円
無利子額	(E3) 表Aの限度額	⇒	⇒	(L) E3の額
	円			円

注意事項	① (L)の金額を上限に当初5年間まで無利子、当該金額を超える部分及び6年目以降は有利子となります
	② 借入申込金額が(K)の金額を超える場合には、不動産、診療(介護)報酬債権等の担保提供が必要となります

次の事項に該当する場合には、チェックをお願いします。
☐ ① 上記(A)、(B)及び(C)欄に記載した金額は資料に裏付けされた正しい数字であることを申告します

新型コロナウイルス感染症に伴う長期運転資金に係る補足説明

本融資制度は、償還期間や無担保限度額等について優遇を行っていることから、次の1に記載のいずれかの要件に該当することが必要です。ご確認のうえ1及び2を記入いただき、ご提出ください。

1. 新型コロナウイルス感染症が経営に与えた影響 (流行により外来患者が●割減少など)

(1)から(3)までの該当するものにチェックをつけてください。

→ ☐ (1) 新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、施設機能の全部又は一部を停止・縮小している
(施設機能の全部又は一部停止・縮小の状況)

(記載例)一部の病棟を閉鎖、外来・訪問診療・健診の休止など

→ ☐ (2) 新型コロナウイルス感染症の影響に伴い、当該施設のサービスを利用する者が減少している

(減少の状況)	令和()年()月 (A)	()年()月 (B)	対同月比 (A)/(B)
入院患者(人)			
入院収益(万円)			
外来患者(人)			
外来収益(万円)			

※上記の表に、当該施設における患者数及び収益について、新型コロナウイルス感染症の影響を最も大きく受けた月の実績をご記入ください。

(A)欄：新型コロナウイルス感染症の影響を受けた後の実績

(B)欄：(A)欄の前年同月で新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前の実績
なお、前年同月も新型コロナウイルス感染症の影響を受けている場合は前々年同月の実績をご記入ください。

※最近開業したなどの事情で、前年同月が存在しない場合には、例えば「3月、4月、5月」の患者数や収益額をご記入いただくなど、減少/減収の影響が確認できる数値をご記入ください。

→ ☐ (3) その他(自由記述欄)

※上記によりがたい場合は、任意の様式で新型コロナウイルス感染症の影響が分かるものをご提出ください。

2. 借入申込額(所要金額)の算出根拠について

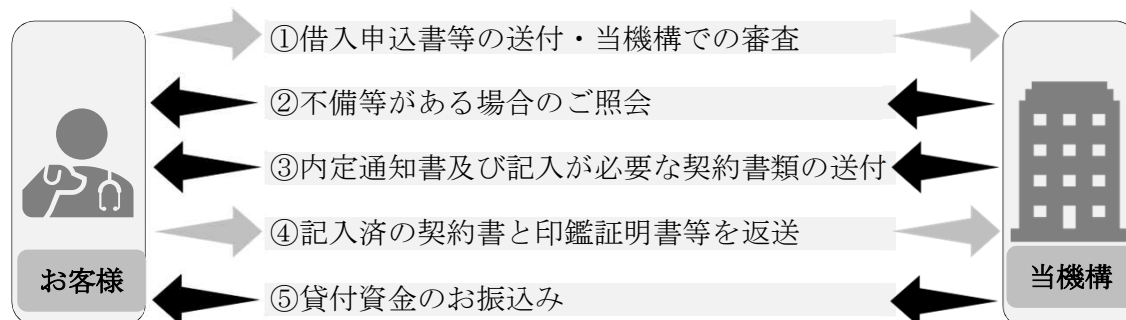
借入申込書記載の借入金額の算出根拠は次のとおりです。

算出根拠(記載例：月額診療報酬〇〇円×3か月 など)

主な説明項目(新型コロナウイルス感染症に伴う長期運転資金用)

借入申込書を提出するためには、次の事項及び「新型コロナウイルス感染症の影響を受けた医療関係施設の皆さまへ」記載の事項についてご理解いただき、ご承認いただく必要があります。

1. ご融資の流れなど(無担保貸付の場合)



2. 融資制度の概要

融資条件（全施設共通）					
貸付対象		前年同期などと比較して減収又は利用者が減少している等 ※要件に該当するかご不明な場合には、末尾連絡先までご相談ください。			
償還期間(据置期間)		15年以内（5年以内） ※据置期間は元金の支払猶予期間です。			
病院・診療所					
貸付利率		①病院	②診療所	コロナ対応を行う医療機関 ※1	政策医療を担う医療機関 ※2
	当初5年間の 無利子貸付の範囲	(3割以上減収) 2億円 (3割未満減収) 1億円	(3割以上減収) 5,000万円 (3割未満減収) 4,000万円	①・②の金額と 「前年同月からの減収額 の2倍」のいずれか高い 金額	①・②の金額と 「前年同月からの減収 額」のいずれか高い金額
	上記以外の部分	基準金利（当初5年間の上記金額を超える部分及び6年目以降の部分）			
貸付金の限度額		次の金額と「前年同月からの減収額の12倍」のいずれか高い金額 [病 院] (3割以上減収)10億円 (3割未満減収)7.2億円 [診療所] (3割以上減収)5,000万円 (3割未満減収)4,000万円			
無担保貸付		[病 院] (3割以上減収)6億円 (3割未満減収)3億円 [診療所] (3割以上減収)5,000万円 (3割未満減収)4,000万円 コロナ対応を行う医療機関…上記金額と「前年同月からの減収額の6倍」のいずれか高い金額 政策医療を担う医療機関…上記金額と「前年同月からの減収額の3倍」のいずれか高い金額			
介護老人保健施設・介護医療院・助産所・医療従事者養成施設・指定訪問看護事業					
		介護老人保健施設、介護医療院		助産所、医療従事者養成施設、指定訪問看護事業	
貸付利率	当初5年間の 無利子貸付の範囲	1億円		4,000万円	
	上記以外の部分	基準金利（当初5年間の上記金額を超える部分及び6年目以降の部分）			
貸付金の限度額		次の金額と「前年同月からの減収額の12倍」のいずれか高い金額 1億円			
無担保貸付		1億円		4,000万円	

※1 コロナ対応を行う医療機関…コロナ患者の入院受入れ・病床確保、接触者外来等の設置 等
※2 政策医療を担う医療機関…都道府県医療計画に名称が記載されている政策医療を担う医療機関及び在宅医療を担う医療機関

※貸付利率はHPをご参照ください。

※3割以上減収等の特例措置を受けるためには減収額のエビデンスが必要です。

3. 貸付利率

- (1) 貸付利率は、借入申込書の提出があった日の利率が適用されます
- (2) 当初5年間の無利子貸付の範囲については、上記「2. 融資制度の概要」をご覧ください。
- (3) (2)の無利子額を超える部分又は5年経過後の貸付利率は、基準金利となり利息の支払いが発生します
- (4) 4で説明する「保証人不要制度」を利用する場合には、(2)及び(3)で説明した貸付利率に0.15%（令和3年度契約締結の場合）が上乗せされるため、利息の支払いが発生するので、ご注意ください

4. 保証人

- (1) 保証人は「保証人不要制度」又は「連帯保証人方式」をお選びいただきます
- (2) 保証人不要制度は、貸付利率に一定の利率を上乗せしてお支払いいただくことで、連帯保証人を不要とする制度です
(参考：令和3年度に契約締結される場合、上乗せ利率は0.15%となります。)
- (3) 連帯保証人方式は、法人の場合は代表者に保証参加いただきます
- (4) 保証人不要制度で金銭消費貸借契約を締結した場合、その後の連帯保証人による契約への変更はできません
- (5) 連帯保証人方式で金銭消費貸借契約を締結した場合、一定の条件に合致しない限り、その後の保証人不要制度による契約への変更はできません
- (6) 無利子貸付の対象となる場合であっても、保証人不要制度利用のための上乗せ利率分の利息は発生します

5. 融資額

- (1) 融資額については、上記「2. 融資制度の概要」をご覧ください。
- (2) 償還財源（収支差額）の見込みによっては、上記の融資限度額でのご融資ができない場合があります

6. 償還期間、償還方法

- (1) 償還期間は15年以内です。うち据置期間を5年以内で設けることができます（元金の据置期間中であっても利息の支払いは発生します。）
- (2) 元金は据置期間経過後、毎月の元金均等償還となります
- (3) 初回の利息の支払いは、契約日から半年程度後になり、資金の払出し以後、初回の利息の支払い日までの利息をまとめてお支払いいただくこととなります。金額については、契約日後にお送りする償還約定表でご確認いただけます。

7. その他の留意点

- (1) お申込みについては最短のスケジュールで処理しておりますが、借入希望時期にご指定がある場合には、任意の様式でお知らせください。
- (2) 当機構融資制度をご利用いただきましたお客様は、債権管理のために年に一度、決算書に基づく実績報告（事業報告書の提出）を行っていただきます
- (3) 償還期限前に任意で借入金の一部（または全額）について繰上償還を希望する場合、あらかじめ所定の「任意繰上償還申込書」を提出していただきます（通常のご融資と異なり、今回の新型コロナウイルス感染症に伴う長期運転資金に限り、弁済補償金をお支払いいただく必要はありません）
- (4) 次の場合には、繰上償還となるほか、違約金をお支払いいただくことがあります
 - ・貸付金を定められた用途以外に使用した場合または長期にわたり使用しない場合
 - ・虚偽の申告もしくは報告をし、または必要な事実の申告もしくは報告を怠ったことにより貸付金が限度額を超えることとなった場合、または貸付金について借入を要しないこととなった場合
- (5) 反社会的勢力との関係遮断に関する取り組みの一環として、金銭消費貸借契約証書に暴力団排除条項を設けております。これは、契約時に借入者（債務者）、保証人または担保提供者が過去5年間にわたり暴力団等の反社会的勢力ではないことまたは将来にわたりこれに該当しないことを表明し保証させるとともに、機構に対して不当要求行為等をしていないことを確約させ、これらに反した場合に当機構の判断により繰上償還請求をさせていただきますこと等の措置を定めた条項です

福祉医療貸付事業にかかる顧客情報の取扱いについて

独立行政法人福祉医療機構の福祉医療貸付事業において、ご提供いただく顧客情報は、下記の目的のために利用いたします。

- 1 ご本人さま確認のため
- 2 ご融資に関する判断及びご融資後の管理のため
- 3 郵送等による機構が提供するサービスのご案内
- 4 市場調査、データ分析及びアンケートの実施等によるサービスの研究や開発のため
- 5 （特約火災保険に加入をご希望・ご検討の方のみ）機構の特約火災保険制度に係る事務手続きのためと機構と取扱代理店及び引受幹事保険会社との間における情報交換のため
- 6 （団体信用生命保険に加入をご希望・ご検討の方のみ）団体信用生命保険に係る事務手続きのためと機構と保険契約者及び引受保険会社との間における情報交換のため
- 7 事務又は事業の遂行に必要な限度で顧客情報を内部で利用する場合

※1 顧客情報のほか、融資業務において知り得たお客さまの情報についても、上記と同様の目的・用途で利用させていただきます。

※2 業務上知り得たお客さまに関する情報は定められた場所に保管するとともに、当該情報が不要になった場合には、当該保有顧客情報の復元又は判読が不可能な方法により当該情報の消去又は当該媒体の廃棄を行っています。詳細は、当機構のホームページ

(<https://www.wam.go.jp/hp/>)「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

◆ 融資制度等についてご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

医療貸付専用ご相談フリーダイヤル：0120-343-863

※携帯電話等でつながらない場合：03-3438-0403

連 帯 保 証 人 承 諾 書（医療貸付用）

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

年 月 日

私は、下記債務について、保証人不要制度（一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度（融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。）、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り、私の個人情報を取り扱うことに同意します。

＜連帯保証の対象となる債務の概要＞

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構	借入金の使途	新型コロナウイルス感染症の影響に伴う長期運転資金
借 入 申 込 者 名			
借 入 対 象 施 設 名			

＜連帯保証人となる方の住所・氏名等＞ ※太枠内は印鑑証明書どおりに自署のうえ、印鑑登録している実印を捺印してください。

[ふりがな] 住 所	
[ふりがな] 氏 名	
	実 印
	生年月日 年 月 日 (歳)
日中連絡がとれる連絡先	電話 ()
借入申込者との関係	◎ 連帯保証人となる方と借入申込者との関係について、1～3のいずれかに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 1. 法人役員 <input type="checkbox"/> 2. 配偶者 <input type="checkbox"/> 3. その他 () ※「その他」を選択する場合は括弧内に具体的な関係をご記入ください。(例) 子・後継予定者、知人等
職 業 (勤 務 先)	
当該事業への関与状況	<input type="checkbox"/> 借入申込者が行う事業に現に従事しており当該事業の経営状況を把握している。 ↑ 経営や施設の業務に関与していない第三者の保証人の場合はチェック不要です。

※経営や施設の業務に関与していない第三者の保証人を立てる場合は、公証人役場での手続きが必要になる場合があります。

＜連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供の状況＞ ◎ 次に該当する場合は☑を付けてください。

連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供の状況	<input type="checkbox"/> 借入申込者から借入申込者の(1)財産・収支の状況、(2)上記債務以外の債務(債務の有無、債務の額、その債務の履行状況)および(3)担保提供するものに関して、次の資料に基づき、正確かつ十分な内容をもって情報の提供を受けている。
(1) 財産・収支の状況	①直近の「決算報告書」 ②直近の「確定申告書」 ③直近月末の「合計残高試算表」
(2) 上記債務以外の債務	①直近の「決算報告書」 ②直近の「確定申告書」 ③直近月末の「合計残高試算表」 ④借入申込書類の「申込計画の概要」
(3) 担保提供するもの	<担保> 借入申込書類の「担保物件の状況」 ※無担保貸付の場合は除く。 <保証人> 借入申込書類の「連帯保証人承諾書」 ※保証人が単独の場合は除く。 ※金銭消費貸借契約締結後の保証人変更等の場合は、現行の金銭消費貸借契約証書(変更契約証書を含む)、保証人変更契約証書、保証人脱退契約証書等の契約関係書類に基づき情報提供を受けている。

※連帯保証人に対する財産および収支状況等に関する情報提供を行っていない場合は、連帯保証人となることができません。

＜独立行政法人福祉医療機構から連帯保証人様への連絡事項＞

- (1)ご提出前に、以下について改めてご確認をお願いいたします。
 - ① 住所・氏名欄に印鑑証明書どおりに自署していること ② 網掛け部分の項目を記入していること
- (2)後日、連帯保証人様へ、連帯保証意思の確認のため、直接ご連絡させていただく場合がありますので、ご協力のほど、どうぞよろしくお願い申し上げます。

添付書類①

直近月の国保等あて診療報酬請求書等（写）

次のいずれか1つの資料をご提出ください。

- 診療報酬請求書
- 介護給付費請求書、運営費（措置費）請求書
- 保育所運営費請求書、障害児入所（通所）給付費請求書
- 訓練等給付費等請求書
- 合計残高試算表
- 施設（事業）の収入がわかる帳簿 など

添付書類②

保険医療機関指定通知書（写）又は
介護保険法に基づく指定通知書（写）

※助産所及び医療従事者養成施設は、
都道府県知事等による許認可書（写）

添付書類③

(法人の場合のみ必要)

法人の登記簿謄本又は登記事項証明書

複数施設お申込みの場合、1部の提出でかまいません。

登記事項に変更がない場合、2回目以降のお申込みの際には、提出不要です。

添付書類④

決算関係書類（写）

（個人の場合）

直近1期分の確定申告書一式
（申告決算書、別表を含む）

（法人の場合）

- ・ 直近1期分の決算報告書一式
（貸借対照表、損益計算書、
勘定科目内訳表等）
- ・ 直近1期分の確定申告書一式
（別表を含む）

すでに直近の決算報告書一式及び確定申告書一式をご提出いただいている場合、2回目以降のお申込みの際には提出不要です。

添付書類⑤

「減収割合30%以上」または「月次減収額」の条件をもとに、貸付限度額、無担保額、無利子額のいずれかに適用して借入申込額を決定した場合にのみ必要

ア 新型コロナウイルス感染症の影響により、前年同月比で最も減収した月の医業（事業）収益の額が確認できる合計残高試算表

イ アの前年同月の医業（事業）収益の額が確認できる合計残高試算表

添付書類⑥

「保証人方式」の場合のみ必要
「連帯保証人承諾書」

複数施設お申込みの場合、「借入対象施設」欄
に申込施設名称をすべて記載してください。

添付書類⑦

不動産担保を提供する場合にのみ必要

「担保物件の状況」

「担保物件の登記簿謄本又は登記事項証明書」

「固定資産課税明細書（写）」

又は固定資産課税評価証明書（写）」

（記載例）

担保物件の状況

公図上の建物記載図

第三者が所有する担保物件を担保提供する場合
には、次の書類の写しの提出が必要

「抵当権設定承諾書（写）」

※地主又は建物所有者様から、法人様宛てにご記入いた
だいたものの写しを、当機構に提出いただきます

添付書類⑧

診療報酬債権等を担保とする場合のみ提出

- ア 支払基金・国保連合会から
診療報酬等の振込金を確認できる書類
- ・ 12か月分の当座口座振込通知書（写）
 - ・ 12か月の介護給付費等支払決定額通知書（写）

※新型コロナウイルス感染症の影響を受ける前12か月の資料をご提出ください。

- イ 支払基金・国保連合会に登録している
振込口座指定の届出書（写）

- ウ 当該預金通帳（写）
- 口座名義が確認できる箇所及び支払基金・
国保連合会からの振込が確認できる箇所
- ＊直近12ヶ月分を蛍光ペン等で強調をしてください

- エ 別紙（診療報酬債権等を担保とする場合）

- オ 念書（診療報酬債権等を担保とする場合）

お知らせ

新型コロナウイルス対応支援資金に乗じた悪質な業者・不審な勧誘にご注意ください

独立行政法人福祉医療機構では、新型コロナウイルス感染症に際して、新型コロナウイルス対応支援資金により、福祉施設・医療関係施設等に対してご支援を行ってまいりました。

当該資金に関して、悪質な業者や不審な勧誘の情報が寄せられていますので、ご注意ください。

事例 1



業者に1割の手数料を支払えば、福祉医療機構の貸付金の半額を支払う必要はなくなる



そのような事実はありません。契約内容どおりに債務全額をご返済いただきます

事例 2



WAM身分証明書や名刺を提示して信用させ、返済不要の特別融資があると勧誘する



WAM職員が訪問して勧誘することはありません。身分証明書や名刺は偽造されている可能性があります

上記以外にも、言葉巧みに「～の費用が必要」や「特別に支払いを免れる」などという発言は、すべて詐欺です。

悪質な業者は、実在の福祉医療機構職員の名を騙ったり、福祉医療機構職員の名刺を利用して、もっともらしく勧誘をしてくることもあります。

日々の取引がない業者からの怪しい勧誘やうまい話にはくれぐれもご注意ください。福祉医療機構は、このような行為を行う団体とは一切関係ありません。



怪しい勧誘は鵜呑みにせず下記連絡先までご確認ください。

福祉貸付専用ご相談フリーダイヤル :0120-343-862

医療貸付専用ご相談フリーダイヤル :0120-343-863

※携帯電話等でつながらない場合 :03-3438-0403

〒105-8486

東京都港区虎ノ門四丁目3番13号

ヒューリック神谷町ビル9階

独立行政法人福祉医療機構

新型コロナウイルス対応支援室

借入申込書 受付担当 行

担 保 物 件 の 状 況

下記の物件を担保として提供します。

区 分	物件 番号	所 在 地	物 件 の 表 示			所 有 者	担保順位		既存 建物 の有無	備 考
							当初 順位	最終 順位		
土 地			(地 番)	(地 目)	(地積) m ²					
建 物			(家屋番号)	(種 類)	(床面積) m ²					

(注) 上記の内容が網羅されている既存資料がある場合、作成は不要です。既存資料の写しを提出してください。

担保物件の状況

下記の物件を担保として提供します。

[illegible]

(注) 担保として提供する物件を登記簿謄本から用紙に記載されている区分に従い、正確に記入してください。

【土地】

- ・一筆ごとに物件の所在地、地番、地目及び地積を記入してください。
- ・地目は、宅地、田、畑、山林等公簿上の土地の地目を記入してください。
- ・地積は、公簿上の面積を記入し、その単位を明確にしてください。
- ・機構からの借入金によって購入する土地を担保とする場合は、「今次融資対象土地」と記入してください。

【建 物】

- ・建物1棟ごとに家屋番号、種類及び床面積を記入してください。
- ・今次計画等により床面積の変更予定がある場合は、変更後の面積を記入してください。
- ・機構からの借入金によって建設する建物を担保とする場合は、「今次融資対象建物」と記入してください。
- ・増改築事業の場合は、その建物について独立登記、表示変更登記の別を備考欄に記入してください。

【所有者】

- ・個人の場合はその氏名、法人の場合は法人登記簿謄本に記入された正確な法人名を記入してください。ただし、今次計画に伴う売買等により所有者が変更する場合は変更後の所有者名を記入してください。
- なお、所有権が共有となっている場合は、所有者名の次にその持分を記入してください。

【担保順位】

- ・物件の登記簿謄本の乙区を確認のうえ、機構への担保提供順位を記入してください。
- 【当初順位】
- ・現在登記簿謄本の乙区に抵当権が設定されていない場合は1位となります。既に抵当権が設定されている場合、その後の順位となります。
- （例）既に抵当権が1つ設定されている場合は「2」、既に3つ設定されている場合は「4」になります。
- 【最終順位】
- ・既に設定されている抵当権と、今回の融資に伴い機構が設定する抵当権がある場合は、順位変更後の機構の抵当権の順位を記入してください。

※原則として、当機構以外の抵当権が既に設定されている場合は順位変更をしていただきます。
(既に設定されている抵当権が当機構の抵当権である場合を除く。)

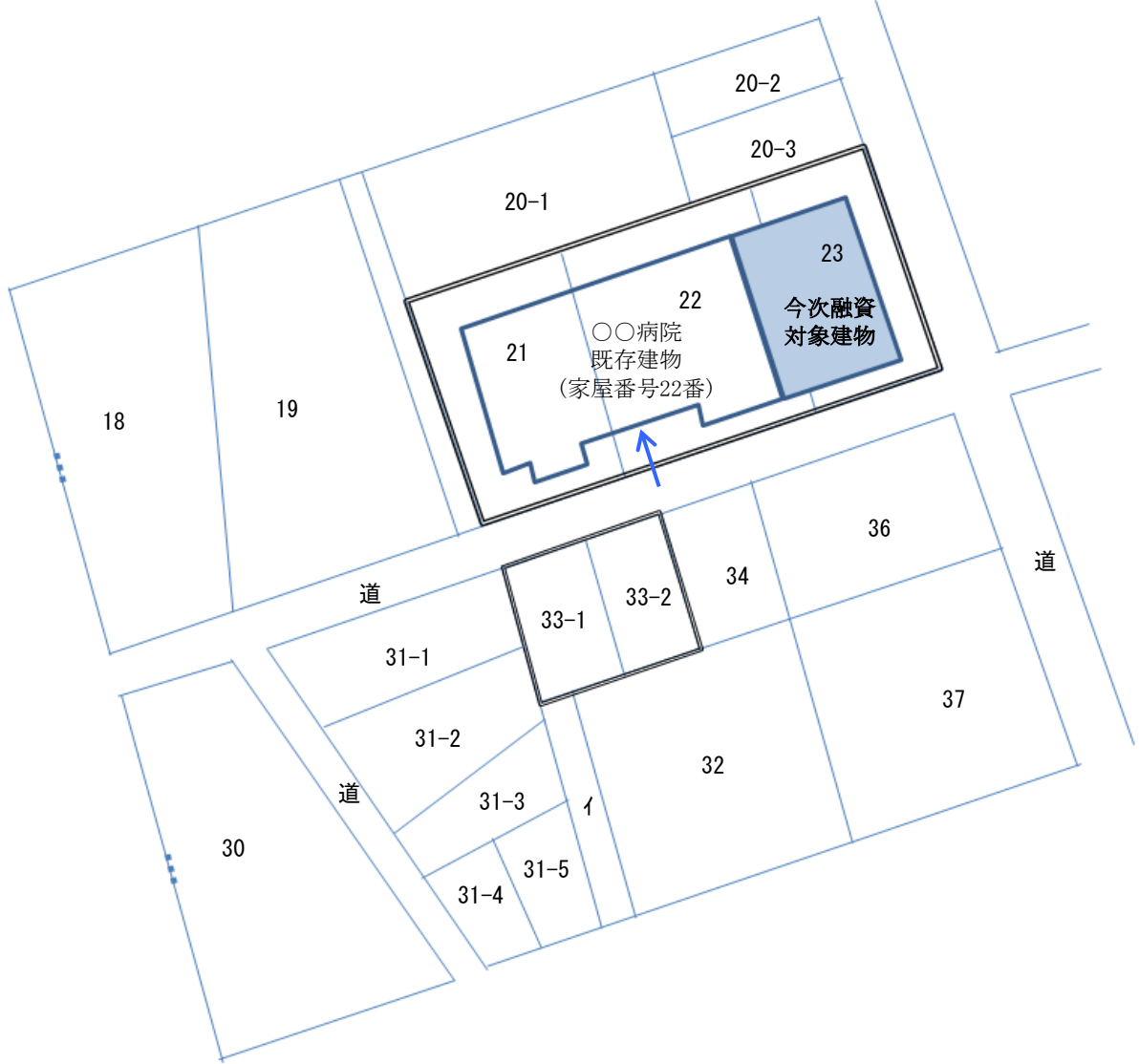
なお、今回の融資で順位変更が発生する場合には必ず金融機関に事前に相談し、承諾を得てください。

この欄で不足する場合は、コピーのうえ記入してください。

(注) 上記の内容が網羅されている既存資料がある場合、作成は不要です。既存資料の写しを提出してください。

「公図上の建物配置図」作成例

イ 35



(注) 地図に準ずる図面は、土地の区画を明確にした不動産登記法所定の地図が備え付けられるまでの間、これに代わるものとして備え付けられている図面で、土地の位置及び形状の概略を記載した図面です。

請求部分	所 在	△△市□□町〇〇丁目				地 番	●番
縮尺	1/500	精度区分		座標系番号又は記号		作 成 年月日	
補記事項		余 白					

これは地図に準ずる図面に記録されている内容を証明した書面である。

〇〇年〇〇月〇〇日

××法務局

登記官

△△ 〇〇

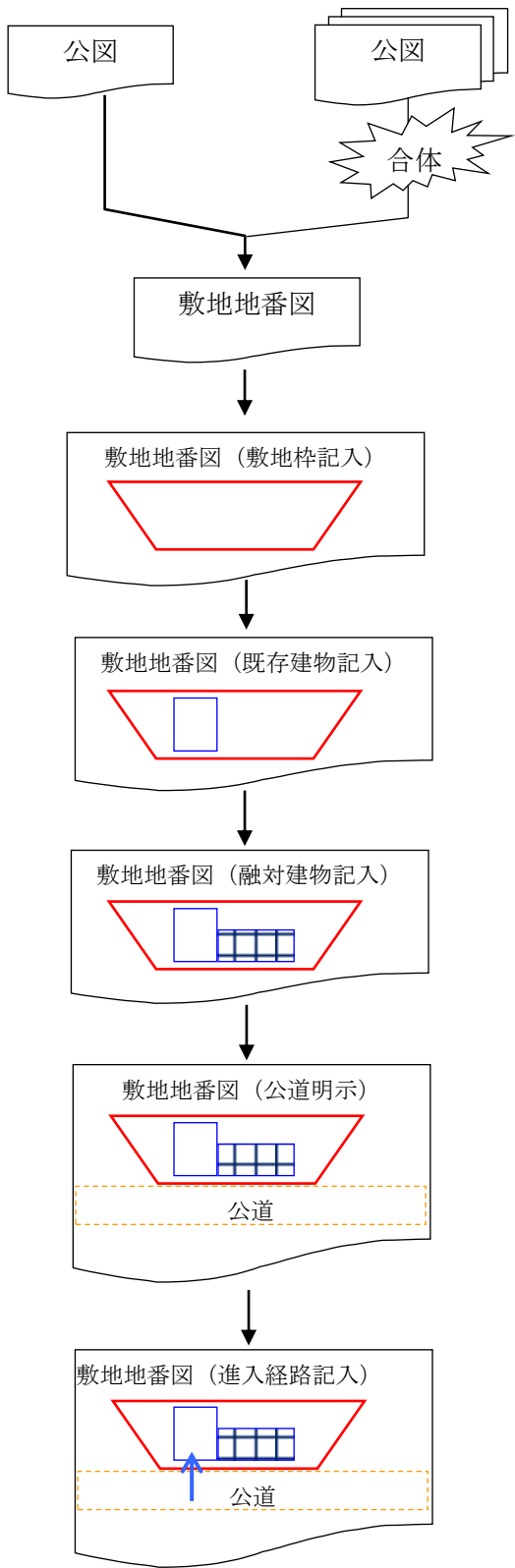
印

ここでいう公図とは・・・

➡不動産登記法第14条第1項に定める地図、または不動産登記法第14条第4項に定める「地図に準ずる図面」

※敷地を担保提供しない場合でも作成は必要です。

《 作成フロー図 》



《 説 明 》

- (1) 登記所で整備建物の全敷地分の公図を取得する
※公図は登記官の印のあるものに限ります
- (2) 複数枚の場合は貼り合せ等で1枚にまとめる
- (3) 1枚で全敷地を網羅した敷地地番図が完成する
- (4) 今次計画建物の敷地部分を蛍光ペンで囲む
※建築確認の際に申請する敷地全体
※今次計画施設で使用している駐車場も含む
※他施設敷地と一筆書で囲める場合は全部の敷地
- (5) 既存建物の外郭線を図示する
※敷地上の建物はすべて記載
※既存建物の用途(病院・老健など)、家屋番号を記入
- (6) 今次融資対象建物を記入する
※今次融資対象を記入
※増築計画等は融対部分を網掛け等で融対外と区別
- (7) 敷地に接する公道を明示する
※水路(いわゆる青道、河川法・下水道法の適用外の小河川や水路)は青く塗る
※里道(いわゆる赤道、古くから使われている道路法の適用外の認定外道路)は赤く塗る
- (8) 公道から敷地への進入経路を矢印で記入

様

氏名

印

生年月日 年 月 日

記

[illegible]

申 込 書 別 紙

診療報酬債権等を担保とする場合

施設名：_____

該当するものを囲んでください。

診療報酬等	医科診療	歯科診療	介護保険
	<ul style="list-style-type: none">・ 一般・ 療養（医療型）・ 精神等		<ul style="list-style-type: none">・ 介護老人保健施設・ 介護医療院・ 療養（介護型）・ 訪問看護・ 訪問リハ・ 訪問介護・ 訪問入浴介護・ 居宅療養管理指導・ 通所リハ・ 通所介護・ 認知症対応型共同生活介護・ 特定施設入所者生活介護・ 短期入所療養介護・ 短期入所生活介護・ 福祉用具貸与・ 居宅介護支援

（注 1）

- ・ 診療報酬債権等を担保提供する場合は、債務者（借入者）と独立行政法人福祉医療機構とが、診療報酬債権等取立権限留保型債権譲渡契約を締結します。
- ・ また、当該債権譲渡に関し、対抗要件の具備が不可欠のため、各都道府県の国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金（第三債務者）に対し、配達証明付内容証明郵便にて債権譲渡通知書を送付させていただきます。
- ・ なお、当機構に債権譲渡する以前に、他の債権者に対抗要件を具備した債権譲渡（国保連等に対する譲渡通知、東京法務局での債権譲渡登記）を行っている場合は、診療報酬債権等を担保として融資を行うことができません。

（注 2） 特定健診・特定保健指導に係る債権を担保として融資を行うことはできません。

念 書

年 月 日

独立行政法人 福祉医療機構 御中

借入申込者

住所

氏名

印

私は、独立行政法人 福祉医療機構の医療貸付資金における新型コロナウイルス感染症の影響に伴い必要な長期運転資金の借入申込みに際し、その担保として貴機構に譲渡する_____県（都・道・府）国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金_____支部に対して有する診療報酬債権等については、本日現在、他の債権者に債権譲渡・質権設定ないし他の債権者からの差押、仮差押等を行われていないことを保証いたします。

また、独立行政法人福祉医療機構と当該医療貸付資金に係る金銭消費貸借契約締結時までに決して他の債権者に債権譲渡・質権設定を行わず、金銭消費貸借契約締結時までに他の債権者からの差押、仮差押等が行われた場合は、必ず独立行政法人福祉医療機構に報告するものとします。

なお、私は、_____県（都・道・府）国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金_____支部との間で、独立行政法人福祉医療機構に対して診療報酬債権等に係る金銭の支払を拒絶する原因となる何らのトラブルも有しておりません。

上記内容に反する事実が判明した場合等には、独立行政法人福祉医療機構から法的措置を講じられても何ら異議を申し立てません。

以上、上記内容について、念書として独立行政法人福祉医療機構に差し入れます。